Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 20 grudnia 1884. № 51. Rok XXIII.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1885 **rok dwudziesty czwarty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakotéż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clement 4 i p. Dobrowolski Faub. St. Martin 57.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. O schyzomycetach w ropie.

Podał Dr. Med. J. Ziemacki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50.)

Zbadałem 13 przypadków zapalenia. W 7 z nich, w których odgrywała rolę róża, znalazłem mikrokoki łańcuszkowate (paciorkowate). W 6 innych, a w téj liczbie 3 przypadki *osteomyelitis*, znajdowałem mikrokoki, ale wcale inne. Uznałem je za drugi gatunek, za drugi rodzaj schyzomycetu. Widzimy więc, że z dotychczasowych poszukiwań okazuje się, iż posiadamy dwa gatunki schyzomycetów, które są zdolne wywołać zapalenie. Możnaby z pełną słusznością na tém miejscu uczynić pytanie, czy téż liczba tych bodźców ma się do tych dwu ograniczyć? Czyż nie istnieją jeszcze inne gatunki schyzomycetów, które wywołują zapalenia ropne? Liczba bodźców zapalnych nie ogranicza się bynajmniéj do dopiero co opisanych dwóch gatunków grzybków. Sąto zapewne tylko bodźce najbardziéj pospolite i najwięcéj rozpowszechnione. Oprócz nich istnieją zupełnie inne, a nawet morfologicznie bardzo od nich różne grzybki, które przy zetknięciu się z organizmem w takiż sam sposób wywołują zapalenie ropne. Przynajmniéj sprawa zapalna w kilku zbadanych jeszcze przypadkach, o których niżéj, na pozór niczém się nie różniła od spraw widzianych w przypadkach z pierwszéj i drugiéj grupy. Ropa badana posiadała to samo wejrzenie. Reakcyja fizyjologicznie-patologiczna tkanek również nie przedstawiała nic osobliwego. Na pozór mieliśmy tu do czynienia ze sprawami identycznemi z wyżéj opisanemi.

Na szczególniejszą pod tym względem uwagę zasługuje następujący przypadek:

14. *Abscessus humeri* (*lymphadenitis etc.*). K. E. 12 lat, zachorował w d. 25 maja 1884 na silny ból w całéj lewéj ręce. Z początku nie zwracał uwagi, późniéj jednak, musiał się położyć. Ramię zbrzękło znacznie. Powoli w tém miejscu, tj. pośrodku ramienia w *sulcus bicipitalis internus*, sformował się wrzód wielkości jaja kurzego. D. 9 czerwca chory zgłosił się do mnie. Wyraźne głębokie chełbotanie w ropniu, który zapewne sformował się naokoło zropiałego gruczołu limfatycznego, gdyż wskazywało to już samo umiejscowienie ropnia w *sulcus internus*. Jakoż przy baczniejszych oględzinach znalazłem na jednym z palców téjże ręki miejsce 3—4 cm kw. pokryte świeżuchnym naskórkiem. Ztąd zapewne wzięła sprawa swój początek i przebiegłszy jako *lymphangioitis* zakończyła się wytworzeniem ropnia. Dowiedziałem się, że przez jakiś czas były na ręku widoczne paski i pasemka różowe, bardzo bolesne. Z pozoru ropień ów nie

przedstawiał nic nadzwyczajnego. Jakoż tegoż samego dnia za pomocą szerokiego cięcia wypuściłem ropę wejrzenia normalnego. Po kilku dniach nastąpiło całkowite wyzdrowienie.

Byłem zupełnie przygotowany na to, że mam do czynienia z najpospolitszą formą zapalenia limfangoitycznego. Spodziewałem się znaleźć też same schyzomycety, które opisałem w grupie pierwszej. Zdziwienie moje nie miało jednak granic, gdy zamiast mikrokoków, których w tym przypadku nie było wcale, znalazłem jakieś długie nitki poplątane z sobą w dość wielkie pęki. Postać taka była o tyle oryginalną i odrębną, że z niczém podobném dotychczas jeszcze nie spotkałem się. Przez całą długość pola drobnowidowego przeciągały pęki bardzo cienkich nitek. W każdym takim pęku było ich od 12—20. Te nici, chociaż nieco wychylone i nieco pogięte, nie plączą się z sobą ani téż obwijają się. Leżą one niemal równoległe od czasu do czasu krzyżując się, coś niby na kształt nitek w motku nienapiętym. Istota saméj nici występowała w postaci nadzwyczaj zabarwionéj. Gdzieniegdzie w nici pojedyńczéj udawało się spostrzedz niewyraźne zarysy niby kuleczek, niby mikrokoków, niby przedziałek. Końce nitek wyglądały urąbane, a nie były śpiczaste i nieprzyostrzone. W każdym preparacie znajdowało się bardzo wiele takich pęczków, krzyżujących się z sobą w najrozmaitszych kierunkach. Innéj postaci grzybków nie znalazłem wcale w preparatach z téj ropy, chociaż dokładałem usilnych starań. W ten sposób spotkałem się tutaj znowu z postacią grzybków, zupełnie odmienną od widzianéj w ropie z grupy pierwszéj i drugiéj. Nie waham się bynajmniéj w danym razie przyznać, że mamy do czynienia z nowym zupełnie gatunkiem schyzomycetu.

Nie jest bowiem rzeczą możebną, aby ta o tyle różna postać miała przedstawiać tylko inny okres rozwojowy któregokolwiek z uprzednio opisanych mikrokoków. Jestto już w każdym razie okres rozwojowy swoistego grzybka, inny, a nie okres zarodnikowy mikrokoków z dwu pierwszych grup. Jeżeli mamy prawo zrobić w tém miejscu porównanie, przez analogiję w rozwoju innych grzybków, to postać grzybka znaleziona w przypadku 14 odpowiada okresowi nitkowatemu (tasiemcowatemu), który zazwyczaj poprzedza okres zarodnikowy. Tak się rzecz ma przynajmniéj śród rozwoju *bacteria anthracis* i *bacillus subtilis* i wielu innych schyzomycetów. Bądź co bądź uważam w każdym razie odkryty w tym przypadku grzybek za organizm *sui generis*, niemający nic wspólnego z wyżéj opisanemi.

Rzecz nadzwyczaj godna uwagi, że zachodzi bardzo wielkie podobieństwo pomiędzy nitkami w téj ropie a postacią nitkowatą gatunku grzybka opisanego poprzednio pod nazwą *Cladothrix Foersteri*, który jest znany także pod nazwą *Streptothrix Foersteri*. Jeszcze w 1855 znalazł go Graefe w kanalikach łzowych oka ludzkiego w postaci splecionych i powikłanych mas grzybkowych w rodzaju konkrementów. Z poszukiwań Waldeyera, Cohna i Förstera wynika, że gatunek ten posiada kilka zwykłych okresów, a mianowicie mikrokoki, prątki i nici podobne do *leptothrix*. Ten ostatni okres często był brany za okres gatunku *Leptothrix buccalis*, są to jednak dwa osobne rodzaje. *Cladothrix F.* jest rośliną pokrewną w wysokim stopniu z *Cladothrix dichotoma*, najpospolitszym schyzomycetem w naszych wodach. Różnica polega na rozgałęzieniu, które jest właściwe *Cl. dichotoma*, a którego brak w *Cl. Försteri*. Oprócz tego pod względem fizyjologicznym *Cl. dichotoma* jest *saprofitem*, a *Cl. Försteri* pasorzytem.

Ze względu na to wszystko postanowiłem zbadać dokładniéj naturę zagadkowego grzybka. W tym celu zarządziłem sztuczną hodowlę na żelatynie pożywczéj. Okazało się jednak, że jestto środek dla hodowli nie zbyt odpowiedni, gdyż pomimo odpowiednéj ciepłoty wegetacyja grzybka pozostawała przez czas bardzo długi upośledzoną. W żadnym z hodowanych preparatów nie otrzymałem większego rozrostu. Pomimo tego łatwo można było dostrzedz, jak stopniowo długie nici zaczęły się rozszerzać na krótsze laseczniki. Przebieg ten odbywał się bardzo powoli. Rozpocząłem hodowlę w dniu 9 czerwca, a zaledwie 18 t. m. spostrzegłem wyraźne rozłamywanie się na krótkie prątki. Dalszéj obserwacyi nie robiłem, gdyż część tych preparatów została przypadkowo zniszczoną.

W końcu nie mogę pominąć milczeniem jeszcze jednego przypadku ropnego zapalenia tkanki okołonerkowéj, w któréj również znalazłem swoiste grzybki w postaci prątków.

15. Barbara W., wdowa, l. 55, robotnica w fabryce tytoniu. Zachorowała przed 2 miesiącami na silny ból w krzyżach w okolicy lędźwiowéj; zjawiła się gorączka, palenie, zaziębienie itd. Z prawéj strony krzyża tamże zaczęło formować się wypuklenie bolesne przy głębszym ucisku. 5 Czerwca chora udała się do szpitala, gdzie znalazłem stan następujący: głęboka i rozległa infiltracyja zapalna skóry, tkanki podskórnéj i bez wątpienia głębszych warstw mięśniowych w okolicy lędźwiowéj prawéj. Chełbotania wyraźnego nie udało mi się wyczuć. Od przodu rezystencyja znaczna przedniéj prawéj ściany brzucha, z tego powodu nie można w głębi wyczuć nic osobliwego. Mocz normalny, białka nie ma. Rozpoznałem albo *paranephritis*, albo ropień w miąższu *m. lumbalis*. Za pomocą szerokiego wcięcia na zewnętrznym skraju m. lędźwiowego wszedłem w głąb i istotnie tuż za mięśniem tym trafiłem na rozległy ropień rozciągający się daleko ku górze pod żebra. Po wypuszczeniu bardzo wielkiéj ilości żółtéj, gęstéj ropy z silnym zapachem H_2S zbadałem jamę ropnia palcem dla zoryjentowania się. Jakoż ropień zalegał całą przednią powierzchnię mięśnia i dotykał z tyłu nerki, którą można było wyczuć w głębi téj jamy. Ku górze nie można było określić granicy ropnia. Natychmiast po operacyi gorączka opadła. Chora prędko zaczęła przychodzić do zdrowia. Rana wkrótce w zupełności się zagoiła i chora po kilkutygodniowym pobycie opuściła szpital uzdrowiona.

W tym przypadku znalazłem niezmiernie wielką ilość malutkich prątków pojedyńczych, dość cienkich, bardzo słabo zgiętych, z końcami nieco zaokrąglonemi. Uderza w oczy ich nadzwyczajna ilość. Nie ma prawie miejsca w preparacie, w którym nie możnaby znaleźć choć kilkunastu takich maluczkich laseczników. Nie leżą one jednak w rojach lub kupach, jak wszystkie dotychczas opisywane, ale są rozrzucone równo po całym preparacie. Przyjmują barwnik bardzo słabo. Nie wdaję się tutaj w bardziéj szczegółowy opis znalezionych prątków w tym przypadku, wystarczy fakt, że znalezione prątki nie mogą być odniesione do żadnego z opisanych gatunków. Nie jestto także pewien tylko okres z któregokolwiek gatunku poprzedniego, lecz swoiste organizmy. Widzimy, że sprawa ropna tutaj wywołaną została jeszcze przez jeden nowy rodzaj schyzomycetu. Charakter ropnia, jego cechy i własności ropy nie różniły się od pierwéj opisanych, a jednak pomimo tego zapalenie było co do swéj istoty zupełnie różne od zapaleń poprzednio opisanych.

Z czasem, kiedy drobnowidowe badania większéj ilości

przypadków takich zapaleń wykażą nam obecność wielu innych, dotychczas jeszcze niezbadanych form i gatunków schyzomycetów, będziemy mogli stanowczo cośkolwiek w téj kwestyi orzec, tém bardziéj jeżeli przez doświadczenia i sztuczne szczere hodowle będziemy w stanie wykazać dorażnie zawisłość pewnéj formy zapalenia od pewnego rodzaju grzybka. Tymczasem zaś na zasadzie badań, w téj co prawda niezbyt licznéj ilości przypadków poczynionych, wyprowadzam ten wniosek, że:

1) Zapalenia ropne tkanki łącznéj w etyjologiczném znaczeniu bywają różne.

2) Różność istoty zapalenia zależy od różności gatunku grzybka pasorzytniczego.

3) Zapalenia posiadające ten sam bodziec, tj. jeden i ten sam grzybek, są w istocie swojéj identyczne, chociaż nagabywać mogą najrozmaitsze przyrządy i występować w przeróżnych postaciach klinicznych.

To, co tu o téj kwestyi napisałem, jest słabym zaledwie zarysem tego, co jest potrzebne, aby dla tego poglądu uzyskać szersze prawo obywatelstwa w nauce. Jeżeli mi czas i okoliczności pozwolą, to jeszcze raz powrócę do téj wielce ciekawéj kwestyi.

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Wielka ilość obserwowanych przypadków półpaśca, niezwykła jego częstość pośród mieszkających tu Czerkiesów i Nogai, pozwoliły mi zapoznać się naprzód z leczeniem swojskiém i przeprowadzić szereg leczenia racyjonalnego. Dopóki w całéj prowincyi nie było lekarza, mniéj częste przypadki półpaśca były traktowane sposobem wywiezionym z Kaukazu. Ten zaś sposób swojskiego leczenia jest następujący: W okresie wstępnym, a zatém po wystąpieniu uczucia palenia, podaje się mocny wywar z liści *Saxifraga umbrosa* (pospolicie nazywanych tu „*Czaj*“) w celu wywołania obfitych potów. Następnie z chwilą ukazania się pęcherzyków całą okolicę obwija się paskiem skręconym z końskiego włosia, który pozostawiać się zwykło aż do więdnięcia wyrzutu. Ten ostatni wreszcie posypuje się proszkiem z liści dereniowych (*Cornus argentea*) i na tém kończyć się zwykło całe leczenie. Podług miejscowych wersyj ten rodzaj postępowania najczęściéj miał dawać zadowalające rezultaty. Jednakże i to pewna, że posługiwano się nim tylko w koniecznéj potrzebie. Bo dzisiaj ludność czerkieska, przekonana o możności leczenia się sposobem odmiennym, zaniechała swego paska, zgadzając się na zastósowanie środków bardziéj odpowiednich. Przekonany licznemi przykładami, że półpasiec nie ustępuje pod wpływem leków płynnych, usunąłem zupełnie ich zastósowanie, ograniczając się tylko do przepisywania środków suchych. Największe usługi oddał mi w tym względzie eksploatowany na miejscu boraks wapna, którego używałem już to w proszku, do posypywania powierzchni chorobowo zajętéj lub też dodawałem 3 gramy na 10 gramów kolodionu, i tą mięszaniną pokrywając całą okolicę dotkniętą półpaścem, w największéj liczbie przypadków zdołałem usunąć bóle i swędzenie. W ostatnich czasach używałem także traumatycynu, plastrów kauczukowych z kwasem chrysofanowym (10%) i jodoformem (20%), które to preparaty otrzymane bezpośrednio z fabryki C. Jacobiego w Hakingu pod Wiedniem, okazały się bardzo skuteczne.— W razach zaś większéj uporczywości bólów, podskórne wstrzykiwania morfinu, makowiec i wyciąg z wilczéj jagody okazały się zawsze skutecznemi. W lżejszych przypadkach używałem także skrobi i podazotanu wizmutu, proszku z kory kinowéj i dębowéj, co wszystko przy zachowaniu odpowiedniéj dyjety, używaniu większéj ilości nabiału i mięsa i powstrzymaniu się od przepełnienia żołądka tradycyjonalną papką kukurydzową („*Kaszamak*“), znacznie polepszało stan mych chorych. Tém jednak leczeniem nigdy nie udało mi się wpłynąć na przebieg, czas trwania i siłę objawów chorobowych. Dość znaczna liczba przypadków półpaśca została wprawdzie wyleczoną, lecz nagminny charakter cierpienia nie uległ zmianie, dając mi tém samém możność uzupełnienia mych notat dalszemi spostrzeżeniami dotyczącemi głównie etyjologii cierpienia i działania środków leczniczych, innych od dotychczas zastósowanych.

Bardzo ciekawém powikłaniem, jakie miałem sposobność uważać u żołnierzy dotkniętych durem brzusznym lub prosówkowym, były z krosty brużdźca *(ecthyma)* występujące już to grupami po kilka lub kilkadziesiąt lub też pojedyńczo, sadowiąc się najczęściéj na pośladkach, niekiedy w okolicy krętarzy, na zewnętrznéj stronie kolan, i w okolicy krzyżowéj. Krosty, wielkości ziarnka grochu lub większe, otaczały zwykle miejsca dotknięte odleżynami, miały za podstawę warstwę skórną zaczerwienioną i dotkniętą stanem zapalnym; ukazywały się między drugim i trzecim tygodniem trwania duru, w przeciągu 4—6 dni wypełniały się ropą białawą, która po otwarciu się krosty powoli krzepła, tworząc strupy brunatne lub zielonawe, odpadające po dziesięciu dniach trwania i pozostawiając po sobie małą czerwonawą plamkę. W brużdzcu towarzyszącym przebiegowi duru, nie podobna było zauważyć żadnych objawów, które mogłyby uchodzić za poprzedzające cierpienie skórne. Wyrzut krostowy miał zawsze przebieg ostry i występował przeważnie u osób nędznych, niedbałych, wyniszczonych i używających napoi wyskokowych.

Samoistnego wyrzutu brużdźca nie zauważyłem w Turcyi. Przypadki zaś, jakie tu zwykle się spotyka, są to zawsze powikłania występujące w przebiegu świerzbu i ospy, lub też u starców, żebraków, u których przy ogólném ustrojowém wyniszczeniu cierpienie skórne ma zawsze przebieg długotrwały, łatwo przechodzi w stan owrzodzeń, okazując się bardzo uporczywém w obec środkach leczniczych. Przekonałem się o tém w jednym ze szpitali greckich w Stambule przeznaczonym wyłącznie dla starców, gdzie leczenie niepodlegające surowéj krytyce, było przedsiębrane ze znajomością rzeczy, na nieszczęście jednak bez widocznego skutku. Z przyczyny stanu wyniszczenia chorych, a często i prawdziwego charlactwa, wypadało najprzód skierować wszelkie usiłowania ku polepszeniu ogólnego stanu ustroju. W razach więc, gdy został usunięty stan chorobowy, którego brużdziec był tylko powikłaniem, wtedy kąpiele domowe lub w morzu, środki gorzkie i przetwory żelaza, stósowna wreszcie higijena okazały się bardzo pomocnemi. Powstałe zaś owrzodzenia, zwykle z trudnością tylko ustępujące, ulegały działaniu elastycznéj opaski Martina, znajdującéj tu u nas coraz obszerniejsze zastósowanie.

Pedyjatryja tureckiego Wschodu przedstawia także dość obszerny materyjał do studyjowania chorób skórnych właściwych niemowlętom. Zbyt rozpowszechniony i uporczywy tu

bardzo ognipiór, wypryski owe „Gournie“, Impetigo, bez których przebycia żadna prawie dziecina nie została tu wychowaną, bardzo dobrze są tu znane, ażeby się nad niemi zastanawiać. Z ogólnéj zaś liczby stanów chorobowych skóry zasługują tu głównie na uwzględnienie strupień i bąblica, o których parę uwag, dotyczących ich charakteru i leczenia, uważam za stósowne podać.

Strupień *(rupia)* przeważnie daje się zauważyć pośród dzieci mieszkańców miast, u których przy zupełném zaniedbaniu przepisów higijenicznych, nędza, zmartwienia, złe pokarmy, zbyteczna praca i zakażenie kiłowe sprzyjają bardzo rozwojowi choroby. To téż ze spotykanych tu przypadków strupnia dwie jego odmiany głównie dają się zauważyć, a mianowicie zgorzelinowa *(R. escharotica)*, występująca nie tylko u dzieci ssących ale nawet i u odłączonych od piersi i kiłowa (*R. syphilitica)*, bardzo charakterystyczna swą sinawą obwódką i skłonnością do bardzo łatwego przechodzenia w stan rozpadu. Ostatnia ta forma nie była uważaną u noworodków lecz tylko u dzieci w wieku między 2—4 rokiem życia. Cechą patologiczną strupnia zgorzelinowego były zawsze plamy wydatne, sinawe, między 3—5 dniem pokrywające się pęcherzykami zlewającemi się z sobą u podstawy i wypełnionemi mięszaniną koloru czerwonawego złożoną z limfy, ropy i surowicy, samym już swym składem wskazujące złośliwą naturę. Pęcherzyki takie, zwykle nieregularne, po 12 dniach trwania pękały. Treść ich nie podlegająca krzepnięciu pozwalała łatwo odkryć powierzchnię owrzodzoną, bolesną, pofałdowaną, niekiedy krwawiącą, któréj wydzielina miała zawsze woń bardzo nieprzyjemną. Powolnie tworzące się strupy bywały bardzo nietrwałe, cienkie, koloru czarniawego, łatwo odpadające w kształcie łusek i swoją obecnością do najwyższego stopnia podnoszące drażliwość powierzchni owrzodzonéj, będącéj nie tylko bolesną na dotyk, ale nawet na sam prąd powietrza i wszelki rodzaj opatrunku. Strupień zgorzelinowy uważaliśmy wyłącznie tylko na odnogach dolnych, u dzieci limfatycznych, o budowie ustrojowéj wątłéj od urodzenia lub wyniszczonych przebytemi chorobami. Największa ilość przypadków strupnia zgorzelinowego daje się tu zauważyć u dzieci wyrobników greckich, rybaków lub tragarzy, pośród dzieci biedniejszéj i nędznie żyjącéj ludności izraelickiéj. Między Turkami i Ormianami formę tę rzadko spotykano. Pośród cudzoziemców, w przeciągu ostatniego dziesięciolecia zdołano zauważyć tylko dwa przypadki (Dr. Delacour).

Forma ta mająca przebieg dość ostry stosunkowo do innych odmian strupnia, opierając się wszelkim sposobom leczenia, zwykle kończyła się niepomyślnie. Wytrwałe usiłowania w celu wzmocnienia budowy ustrojowéj nieszczęśliwych chorych, środki gorzkie, żelazo, pokarmy pożywne, mogły tylko wzbudzić słabą nadzieję przedłużenia cierpienia, nigdy zaś nie gwarantowały możności jego wyleczenia. Głównym zaś tego powodem bywa tutaj okoliczność, że chorzy tego rodzaju, prócz już saméj przyczyny osłabienia ustrojowego przed têm nim się udali do lekarza przejść byli zmuszeni przez wszelkie stopnie znajomości leczniczéj tutejszych matron. Okładano je więc kataplazmami, w celu usunięcia strupów, owrzodzenia, obmywano wodą zawierającą w rozczynie chlorek sodu. Nie obawiano się stósować i najrozmaitsze maście, do których dodawano przetwory rtęci, olejki drażniące lub tłuszcz z przepiórek. I dopiero po długiém traktowaniu owrzodzonych powierzchni, przekonano się, że leczenie domowe nie przyniosło pożądanego skutku, wtedy dopiero szukano pomocy lekarza. Wypada mi tu zaznaczyć, że w kwestyi racyjonalnego leczenia praktycy tutejsi dzielą się na dwa obozy. Jedni, uważając wzmocnienie ustroju za niezbędne, pomijają zupełnie leczenie miejscowe. I w istocie, jeżeli uwzględnimy, jak jest bolesnym dla chorych każdy opatrunek i jak ich osłabia, przyznamy słuszność ograniczeniu się do zachowywania tylko czystości owrzodzeń i traktowania głównie ogólnego ustrojowego nieładu. Drugi obóz z Drem Zambacco na czele podnosi konieczność leczenia tak zewnętrznego jak i wzmacniania ustroju odpowiedniemi środkami. Niepomyślne jednak zejście każdego z zauważanych tu przypadków strupnia zgorzelinowego nie przyznało pierwszeństwa żadnemu z wyżéj zacytowanych sposobów.

Spostrzegliśmy, że forma zgorzelinowa strupnia dotyka wyłącznie dzieci z klasy roboczéj, ubogiéj. Zupełnie ma się inaczéj z formą kiłową, która znów głównie występuje pośród ludności zamożniejszéj, u dzieci młodych małżeństw tureckich, w których rzadko da się zauważyć przypadek, gdzieby ojciec był wolny od objawów kiły następowéj. To téż i przykłady téj formy spotyka się tu dość często. Cechą zaś pozwalającą odróżnić tę odmianę od poprzedniéj, jest większa ilość pęcherzyków większych i jakkolwiek ustawionych grupami i to w znacznych między sobą przedziałach, występujących głównie na tułowiu i wypełnionych surowicą bardziéj płynną, ciemnawą i wcale niezawierającą ciałeczek ropy. Strupy tworzą się powolnie, mają kolor brunatny, układają się warstwami i pod niemi spotykamy owrzodzenia niebolesne i sięgające dość głęboko w warstwy skórne. Stosownie do temperamentu strupień kiłowy przedstawia się tu w dwóch odmianach. U dzieci limfatycznych owrzodzenia dają zawsze znaczną ilość wydzieliny płynnéj i z trudnością przeobrażającéj się w strupy. U nerwowych pęcherzyki są mniejsze, ich treść skąpa, wydzielina nie tyle obfita i tworzące się strupy mają kształt drobnych łusek, z trudnością dających się oddzielić i to tylko od brzegów. Samo owrzodzenie ma dno nierówne, koloru ceglastego lub niekiedy sinawego i powstająca po zagojeniu się blizna bywa owalną, nierówną i niezgładzoną.

W leczeniu strupnia kiłowego zmyślność domorosłych znawców upokorzyła się przed koniecznością racyjonalnego postępowania. To zaś ostatnie, jeżeli tylko zostanie opartém na ścisłém rozpoznaniu, w prostéj drodze wykazuje jakość leków mających się stósować. Prócz więc działania przeciwko samemu zakażeniu za najgłówniejsze zadanie stawiamy tu sobie dążenie ku wzmocnieniu ustroju, polecając przetwory żelaza, peptony, kąpiele morskie, ograniczając się w leczeniu samych owrzodzeń do zachowania największéj czystości i niedrażnienia powierzchni owrzodzonych środkami ściągającemi lub pochłaniającemi. Rezultaty podobnego postępowania były dość pomyślne w stosunku do śmiertelności uważanéj w przypadkach strupnia zgorzelinowego, bo każdym razem, gdyśmy zdołali polepszyć warunki ustrojowe chorego, wyleczenie stawało się prawdopodobném.

Historyję powstania i rozwoju bąblicy *(pemphigus)* na tureckim Wschodzie wypada odnieść do epoki, w któréj przybycie cudzoziemców zapoznało miejscową ludność z chorobami zakaźnemi, mało tu pierwéj znanemi. W chwili bowiem gdy kiła, zołzy, krzywica itp. zaznaczyły wejście Turcyi na drogę małpowania zachodnich postępów, odtąd téż, coraz to częściéj, dawały się tu spotykać stany chorobowe, będące następstwem ustrojowego charłactwa. Inaczéj aniżeli

inne cierpienia zwykle powolnie przyswajające się na świeżym gruncie, bąblica odrazu zrobiła tu szybkie postępy. Tak że już w okresie od 1840—50 roku, praktycy tutejsi Drowie Lago, Guth i Fleury i bawiący czasowo w Stambule Clotbey, nie tylko że zaznaczyli częstość spotykanych przykładów bąblicy u noworodków, ale nawet byli już w stanie określić cierpienie pod względem jego charakteru i sposobu rozwojowego, ilości pęcherzy, a niemniéj uwydatnili występowanie bąblicy w stanie ostrym i długotrwałym. Pomału zasoby doświadczalne powiększały się coraz to bardziéj, i dzisiaj często się spotykając z bąblicą, możemy dodać, że przedstawia się tu ona jako przyrodnia i następowa, przebiegowi jéj tak ostremu jak i długotrwałemu zawsze towarzyszy stan gorączkowy, a co do formy, to odmiana zlewająca się ze znaczną ilością pęcherzy, prawie wyłącznie daje się tu zauważyć. Formę długotrwałą bąblicy, uważaną za częstszą od ostréj, bardzo rzadko i to tylko u starców miano sposobność tu zauważyć. (Klinika prof. Fauvela i Zoerosa). Co zaś do przyczyn wywołujących cierpienie, to jakkolwiek zdaniem uczonych badaczy, są one zupełnie nieznane, to jednak opinija prof. Dubois, że przyczyną bąblicy bywa najczęściéj zakażenie kiłowe, na tureckim Wschodzie znajduje najzupełniejsze potwierdzenie. Wszystkie bowiem dochodzenia nad faktami tak dawniéj obserwowanemi jak i spostrzeganemi w ostatnich czasach wykazują, że niemowlęta dotknięte bąblicą, bez wyjątku pozostawały pod wpływem zakażenia kiłowego, co wreszcie potwierdziły egzystencyja kiły u rodziców i siedlisko pęcherzy występujących zwykle na dłoni lub podeszwie nóg. Porą roku, w jakiéj największa ilość przypadków bąblicy daje się tu zauważyć, jest lato i początki jesieni. Ukazanie się pęcherzy poprzedza zwykle stan niepokoju, gorączka, dreszcze, ogólne osłabienie, bezsenność i pragnienie, przy których dopiero 3—4 dnia następuje ukazanie się cechującego objawu. Pęcherze bywały okrągławe, rozmaitéj wielkości, od ziarnka soczewicy lub grochu, aż do objętości kurzego lub gęsiego jaja, i występowały niejednocześnie a tylko stopniowo i w miarę podsychania pierwszego wyrzutu. Czas ich trwania w najbardziéj pomyślnych przypadkach nie był krótszy od dwóch do trzech tygodni. Rokowanie oparte na sile samego cierpienia, a głównie na ogólném osłabieniu i zakażeniu ustrojowém, musiało być niepomyślném. Rozbiór anatomo-patologiczny został dokonany tylko w jednym przypadku przez prof. Fauvela na zwłokach noworodka w wieku 9 miesięcy. Znaleziono wtedy prócz charakterystycznych bąbli na odnogach i dłoni ręki, kilka pęcherzyków, w jamie ustnéj i gardzieli rozmiękczenie ogólne błony śluzowéj jelit i krew ciemną, bardzo łatwo krzepnącą.

Stósownie do zapatrywań się na naturę bąblicy, i jéj leczenie bywa rozmaitém. W Turcyi jednak, gdzie jeżeli nie wszystkie z zauważanych przypadków, to przynajmniéj większa ich część występują u osobników pozostających pod wpływem zakażenia kiłowego, leczenie pojawów skórnych bywa bardzo pojedyńczém i ogranicza się do przecięcia bąbli, usunięcia ich treści i posypywania powierzchni proszkiem podazotanu bismutu. Główna zaś uwaga bywa zwracaną na leczenie zakażenia i osłabienia ustrojowego, przeciwko którym przetwory rtęci, jodek potasu i środki wzmacniające znajdują obszerne zastósowanie. Lecz znam tu kilka rodzin, których dzieci przychodzące na świat wszystkie porządkiem są dotknięte bąblicą, i będąc najnieodpowiedniéj leczone, giną zwykle w następstwie ogólnego wyniszczenia i w następstwie objawów chorobowych skóry. Usiłowania nad przekonaniem rodziców o potrzebie poddania się leczeniu przeciwkiłowemu, zwykły pozostawać bez skutku. Przebieranie bowiem między lekarzami, z których rzadko który wskaże istotną naturę choroby, jest tu głównym powodem, że przypadki wymagające wyłącznego leczenia, bywają traktowane najgorzéj i powiększają tylko pośród noworodków liczbę nieszczęśliwych zejść. Niewłaściwe rozpoznanie i nieodpowiednie leczenie pogarszają jeszcze w przebiegu bąblicy bardzo często uważane tu powikłanie ze strony narządu trawienia, mianowicie biegunkę, nieraz długi czas opierającą się najenergiczniejszym środkom, tak, że w celu zmniejszenia śmiertelności pośród dzieci dotkniętych bąblicą, uważać wypada za najodpowiedniejsze przyjęcie za zasadę, że każdy przypadek tego cierpienia tu jest tylko powikłaniem zakażenia kiłowego, które leczone odpowiednio i na czasie, zmniejszyłoby bez wątpienia ilość przykładów nieszczęśliwych zejść i pozwoliłoby młodym mianowicie małżeństwom cieszyć się zdrowém i silniejszém potomstwem.

Podług możności uwydatniwszy charaktery chorób skórnych już to właściwych tureckiemu Wschodowi, lub téż tylko częściéj tu spotykanych, nie mogę powiedzieć, że obrobiłem mój szkic należycie i że nic więcéj nie pozostaje do dodania. Przykłady cierpień skórnych stanowią tu bardzo obfity materyjał do studyjów, z którego pewne tylko podałem fakty. Wystarczy to jednak do zdania sobie sprawy ze stanowiska, jakie zajmuje dermatologija na Wschodzie. A gdy okoliczności pozwolą mi daléj śledzić rozwój pięknéj téj nauki, to podaniem wydatniejszych przykładów postaram się jeszcze wypełnić dzisiejsze luki.

III. Oceny i sprawozdania.

E. Maragliano: **O patologii i leczeniu cholery.**

Z wygasaniem cholery starają się lekarze włoscy zużytkować naukowo rezultaty nabyte wśród ostatniéj epidemii, a jedną z prac tego rodzaju jest rozprawka M. Rezultaty uzyskane na podstawie doświadczenia zestawia on w następujących punktach:

1) Pojemność oddechowa krwi w przebiegu cholery. Do badania pojemności oddechowéj krwi skłoniło autora spostrzeżenie, że już w pierwszych okresach cholery pojawia się sinica, któréj towarzyszą przypady bezdechu a wśród nich nastaje często śmierć. Stan ten powstaje w skutek niedostatecznego utleniania się krwi, zachodzi więc pytanie, czy ciałka krwi czerwone w skutek zmian zaszłych tracą zdolność do przyjmowania tlenu, lub czy posiadają one tę zdolność, nie otrzymują jednak dostatecznéj ilości tlenu. Aby to rozstrzygnąć, posługiwał się M. własnym sposobem mierzenia i przekonał się, że w cholerze tak w okresie zamartwiczym jakoteż w okresach późniejszych pojemność oddechowa płuc nie zmniejsza się wcale, bywa nawet zwiększoną a ciałka krwi czerwone nie bywają zaopatrywane w całą ilość tlenu, jaką zdolne są objąć. To samo dzieje się wśród przypadów asfiksyi, sprowadzonych mechanicznemi przeszkodami w oddychaniu. Przypady wymienione przypisać tedy należy zmniejszeniu energii krążenia, powstającemu w skutek zagęszczenia się krwi, wcale zaś nie w skutek zmniejszenia się pojemności oddechowéj krwi.

2) Za pomocą sfigmomanometru Bascha badał autor zmiany parcia ościennego krwi, przed, wśród i po zastósowaniu hypodermoklizy i przekonał się, że w $^1/_2$ godziny po

tym zabiegu zwiększa się parcie, dochodzi do maximum w godzinę, a zwiększenie może wynosić nawet 30 milim. rtęci. Zamykając ramię hermetycznie w rurze szklanéj przekonał się M., że wzniesienia krzywizny, odpowiadające skurczowi, stają się wyższemi a tętno staje się częstszém. Na téj podstawie utrzymuje M., że hypodermokliza ma wielką wartość w leczeniu cholery; aby jednak odniosła skutek należy postarać się o warunki korzystne wessania płynu. Warunki te osiągał kąpiąc chorych przed albo też po tym zabiegu w kąpieli o 40° C. z dodatkiem gorczycy. Wobec nieszkodliwości tego zabiegu należy go stosować w każdym przypadku cholery i to metodycznie co cztery godziny. Aby wessanie przyspieszyć, należy wstrzykiwać w kilku miejscach, a przynajmniéj w dwóch. Hypodermokliza nie jest sama przez się dostatecznym zabiegiem leczniczym, zdoła ona jednak podnieść krążenie i wymianę gazów krwi. Niektórzy chorzy, u których zabieg ten stosowano, umierali wśród zapadu, który się zdarza i wśród innych chorób zakaźnych. W tych przypadkach nie wykazywała sekcyja wyschnięcia tkanek, które spostrzegano na zwłokach osób zmarłych bez użycia téj metody. Z tych spostrzeżeń wysnuwa autor wniosek, że hypodermoklizy należy używać nie tylko u tych chorych, którzy ponieśli wielką utratę wody w skutek biegunki, lecz także u tych, u których utrata wody była małą, gdyż i u tych chorych występują objawy stojące w związku z zagęszczeniem krwi i utrudnieniem krążenia. Za każdym razem wstrzykiwano litr do półtora litra, w dwóch lub więcéj miejscach. Rozczyn podany przez Cantaniego składa się z 3·0 *Natr. bicarb.*, 3·0 *Natr. jodat.* i 1000·0 *Aq. dest.*

3) Aby zwalczyć biegunki, posługiwano się lawatywami zawierającemi 1% garbnika, ogrzanemi do 40° C. Już po jednorazowém podaniu takiéj lawatywy składającéj się z litru cieczy ustawały biegunki.

4) Tak samo jak i w innych chorobach zakaźnych musi być leczenie symptomatycznem, skoro tylko stwierdzono chorobę, a leki temu odpowiednie można ująć w cztery grupy: *a)* hypodermoklyzmy; *b)* kąpiele o ciepłocie 40° C. z dodatkiem gorczycy i to kilkakrotnie, dopóki ciepłota nie podniesie się w jamie ustnéj przynajmniéj do 37·5° C.; *c)* środki podniecające, a mianowicie wstrzykiwania eteru; *d)* środki wzmacniające układ nerwowy: chinin i strychnin zapomocą wstrzykiwań podskórnych.

5) Symptomem najwięcéj w oczy bijącym jest głębokie upośledzenie czynności układu nerwowego, to upośledzenie można śledzić dokładnie, skoro tylko udało się przeprowadzić chorego przez okres zamartwiczy. Czy upośledzenie to polega na upośledzeniu odżywiania ośródków nerwowych, tego na razie rozstrzygnąć nie podobna. (*Wr. med. Blätter* 1884. No 47). *Dr. Schaitter.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XVI. Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 3 grudnia 1884 r.

1) Obrano jednogłośnie Dra Heringa z Warszawy członkiem korespondentem Towarzystwa.

2) Kol. Obaliński okazał w dalszym ciągu kilka nowszych narzędzi używanych w chorobach dróg moczowych.

3) Kol. W. Ant. Gluziński przedstawił uwagi wysnute z doświadczeń nad trawieniem istot białkowatych w żołądkach ludzkich fizyjologicznych i patologicznych. (Rzecz ta drukowana będzie w Przeglądzie Lek.) Za sekretarza *Dr. Dobruchowski.*

V. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie Dra B. Wicherkiewicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

Siódme posiedzenie odbyło się pod przewodnictwem Noyesa przed południem 15 września.

Dianoux z Nantes mówi: O zaburzeniach w chorobie Basedowa: Mimo przeciwnych rozpowszechnionych zdań zachodzą dość często zaburzenia w narządzie wzrokowym w powyższéj chorobie i są dwojakiego rodzaju: Najprzód dotyczyć mogą przyrządu mięśniowego oka i wywołać dwojenie, niedowład mięśni prostych wewnętrznych, rozszerzenie źrenicy i niedowład przyrządu nastawczego; powtóre, dotyczą nerwu wzrokowego i przyrządu odżywczego oka, w skutek czego powstaje niedowidzenie dochodzące niekiedy aż do ślepoty. Zaburzenia mięśni objawiają się prawie we wszystkich przypadkach i powstają w części przez mechaniczną niedogodność, w części zaś przez słabość inerwacyi, wywołanéj przedłużeniem nerwów rzęskowych, postępującém pod wpływem wysadzenia gałki. Zaburzenia nerwu wzrokowego, w ogólności rzadsze od innych, mogą polegać na nieznacznem osłabieniu wzroku, a dochodzą czasem aż do ślepoty, a tak samo, jak poprzednie, biorą swój początek z postępowego przedłużenia nerwu, który staje się siedliskiem właściwego téj chorobie zwyrodnienia, przedstawiającego się przy badaniu wziernikiem jako zanik w skutek zapalenia śródmiąższowego.

Hansen Grut nie zgadza się na smutny obraz téj choroby opisany przez prelegenta. Nieznane mu są: zmiana refrakcyi, niedowidzenie, osłabienie przyrządu nastawczego jako też niedowład mięśniowy, połączony z dwojeniem się; wszystkie te nieprawidłowości mogły były istnieć już przed powstaniem choroby Basedowa. Hansen sądzi, że jedynie zapalenie rogówki, które w takim przypadku polega na porażeniu nerwowém, jest udowodnioném. W tychto przypadkach napotyka się mniejszą lub silniejszą bezczułość.

Na to odpowiada Dianoux, iż w swoim odczycie zwracał tylko uwagę na spostrzeżenia własne. Rozpoznanie zaniku nerwu wzrokowego oparł na zmianach wziernikowych przed własnemi oczami rozwijających się. Nigdy nie spostrzegał krótkiego wzroku, któregoby zresztą nie umiał sobie, tak samo jak Hansen Grut, wytłumaczyć. Dwojenie zaś powstaje w ten sam mechaniczny sposób co dwojenie np. przy naroślach oczodołowych.

Drugi odczyt na tém posiedzeniu miał Seggel z Monachijum: O różnomiarowości w ogólności i o jéj stanie przejścia do krótkiego wzroku. Słabe stopnie różnomiarowości powstają powoli, znaczniejsze zaś są wrodzone i połączone zazwyczaj z niedowidzeniem. Różnomiarowość nabyta stoi do wrodzonéj w stosunku 17:10. Tylko przez powtórne badania można wykazać różnomiarowość nabytą. Zachodzą też przypadki przejściowéj różnomiarowości, które zamieniają się na równomiarowość (*Isometropia*). Materyjał swój, zebrany w skutek badania refrakcyi i siły wzroku, dzieli Seggel na kilka działów: Pierwszy dział obejmuje dorosłych, poddanych jednorazowemu badaniu. Tych dzieli znowu na takich, którzy otrzymali wyższe, średnie lub pierwiastkowe tylko wykształcenie. Drugi dział obejmuje uczni poddanych kilkorazowemu badaniu a składających się z kadetów, gimnazyjalistów i małych uczen-

nic. Ze statystycznych zestawień, które autor skreślił na osobnéj tablicy, wypływa co następuje:

1. Z różnomiarowych ócz, prawe posiada wyższą łamliwość od lewego i to w stosunku jak 3:2. Jeżeli zaś jedno lub drugie oko jest krótkowzroczném, stosunek ten zmienia się na 5:3, przy nadmiarowości zaś jak 6:5. Największa więc różnica zachodzi pomiędzy obydwoma oczyma w przypadkach krótkiego wzroku. Dla czego właśnie prawe oko posiada wyższy stopień łamliwości, nie wyjaśnia.

2. W rozmaitych kategoryjach różnomiarowość stoi w stosunku prostym do krótkiego wzroku.

3. Małe różnice łamliwości, jakie zachodzą pomiędzy obydwoma krótkowzrocznemi oczyma, są nabyte. Wysokie różnice, gdy chodzi o jednostronną niemiarowość wysokiego stopnia, są także nabyte.

4. Peryjodyczne badania uczni wykazują, że prawe oko posiada wyższy stopień refrakcyi od lewego oka. Krótkowzroczna różnomiarowość rozwija się sama i to w stosunku 5:3, a zamienić się może na krótkowzroczność równomiarową. Autor sądzi, że okoliczności te przemawiają za tém, że krótkowzroczna różnomiarowość, stanowi często przejście z miarowości do krótkiego wzroku, i że krótki wzrok zazwyczaj na obydwóch oczach nie w równym rozwija się stopniu.

Noyes zaproponował, znalazłszy przed 8 laty na jednem oku niedomiarowość, na drugiém nadmiarowość, na oznaczenie tego stosunku nazwą: enteropija.

Gayet z Lyonu mówi: O wycinaniu tęczówki przy ropniach rogówkowych. Już Graefe wykonywał przy ostrych ropniach rogówkowych, połączonych z nagromadzeniem ropy w komórce przedniéj, irydektomiję. Ropnie z nagromadzeniem w przedniéj komórce dzieli Gayet zupełnie dowolnie na 3 działy: 1. Na ropnie lekkie bez oddziaływania na tęczówkę. 2. Ropnie z szybkim włóknikowym wysiękiem, który przylega do rogówki. 3. Silne ropnie ze znaczném zajęciem rogówki i tęczówki, ze zrostami przedniemi i tylnemi. W cierpieniach pierwszego rodzaju wystarcza miejscowe leczenie, a tylko gdy ropień umiejscowiony w środku pozostawił znaczną bliznę, wypada później zrobić sztuczną źrenicę. W drugim przypadku, gdzie plastyczność tęczówki wytwarza zrosty z rogówką, irydektomija nawet często powtórzona staje się niezbędną. W trzecim przypadku powstają znaczne utraty błony rogowéj i kończą się garbcem albo płaskiemi bliznami wraz z zanikiem gałki. Chociażby się teraz poza częściami rogówki, które pozostały czyste, wycięło tęczówkę, wyniki otrzymane będą zawsze zniechęcać, a tylko irydektomija wykonana, zanim przyszło do tak znacznych zaburzeń, będzie mogła nie jedno oko ocalić. Otworzenie wielkich ropni i częste tychże przeczyszczanie jest niewątpliwie rzeczą korzystną, lecz ocalając często nawet oko, nie ochroni go od powstania postępującego garbca, szerokich bielm, zrostów tęczówkowych, a nawet zaciem. Tu chirurgija ocala przyrząd wzrokowy, lecz przyrząd niepożyteczny a może nawet szkodliwy, z powodu powstających boleści i groźby współczulnego zajęcia. Autor przemawia więc z tych względów za wycięciem tęczówki we wszystkich większych ropniach rogówki i mniema, że żadnéj gałce nie grozi niebezpieczeństwo z powodu zakażenia.

W rozprawie nad powyższym odczytem zabierają głos: Berry z Edynburga, który widział wykonywanym sposób polecony przez Gayeta, ma więcéj zaufania do operacyi Saemischa; ta bowiem będąc skuteczną rzadko kiedy pociąga za sobą inne przykre następstwa prócz przyczepów przednich. Nawet dla przypadków więcéj rozwiniętych stawia Berry operacyję Saemischa ponad irydektomiją, podnosząc że nie potrzeba bynajmniéj przeciąć całego wrzodu, lecz jak przy wszystkich innych ropniach li tylko zaczepić ognisko.

Gayet zastrzega się przeciw temu, jakoby twierdził, że irydektomija zastąpić ma każdą inną operacyję; nie jest-to środek niezawodny, lecz stanowi tylko część leczenia. G. nieraz nawet przekonał się, że mimo irydektomii ropień robił dalsze postępy, a w takich razach żegadło ogniowe, kilka razy lekko zastosowane, wyborne dało wyniki.

Noyes raz tylko wykonał operacyję Saemischa i to nie otwierając powtórnie rany, co uważa za niebezpieczne. Późniéj zwrócił się do irydektomii.

To samo Hansen-Grut, który po powtórném otwieraniu cięcia zrobionego przy operacyi Saemischa, widzi niebezpieczeństwo grożące i torebce soczewkowéj.

Meyer nie jest także zwolennikiem otwierania rany zgłębnikiem; w ciężkich zresztą przypadkach stosuje przedewszystkiém przeciwgnilne czyszczenie rany i przyżeganie ogniem. Zresztą Meyer zachowuje w cierpieniu w mowie będącém następujący porządek: 1. Wyłyżeczkowanie ropnia, wyczyszczenie rany wodą chlorową i jodoformem. 2. Galwanokaustyka, jeżeli pierwszy sposób zawiódł, a wreszcie gdy i to nie pomaga 3. Operacyja Saemischa, którą Meyer robi, przecinając według przepisu Saemischa ropień w całéj szerokości wraz z przyległą zdrową tkanką, Wielkiemu takiemu cięciu przypisuje Meyer przednie zrosty, które mu się często zdarzają.

Nieden przemawia za przyżeganiem wrzodów rogówkowych, gdy im towarzyszy ropa w przedniéj komórce. Sposób ten daje mu łepsze wyniki od operacyi Saemischa.

Ósme posiedzenie odbyło się tegoż dnia po południu.

Hansen-Grut mówi: O zezie ukrytym, mianowicie o zezie rozbieżnym. Rozbieżność ukryta nie jest ani niedowładem ani téż mięśniową słabością, również nie jest przewagą mięśni prostych zewnętrznych, lecz polega na niedostatecznym popędzie do zbieżności. Wyrażenie „zboczenie równowagi mięśni wewnętrznych prostych“ jest błędnem i nie daje pojęcia o właściwym stosunku przyczynowym. Stosunek pomiędzy zbieżnością a akomodacyją wywołuje przedewszystkiém ukryty kierunek oka zasłoniętego. Dla ocenienia kierunków ukrytych potrzeba nam przedewszystkiém uwzględnić dwie rzeczy, a mianowicie: 1. Dokładne podczas badania utrzymanie akomodacyi oznaczonéj. 2. Znajomość kierunku oka przy patrzeniu w dal. Fuzyja dozwala prawidłowéj czynności mimo ukrytéj rozbieżności i zazwyczaj wystarcza nawet do trwałéj dokładnéj czynności, a niedomoga pochodząca z rozbieżności nawet w przypadkach bardzo wyraźnych nie występuje, skoro tylko fuzyja jest silną. Niedostateczna zaś fuzyja utrudnia albo nawet uniemożebnia zamierzoną adaptacyję. Mówiąc o przyczynach, które fuzyję czynią niedostateczną, wspomina autor o tém, że nie walka ale raczéj dwojenie się wywołuje znużenie mięśniowe. Jeżeli fuzyja jest dobrą, podczas gdy w pozycyi zupełnego wypoczynku rozbieżność jest znaczną, powstaje walka, ale nie tak często, jakby się to zdawało. Tylko doświadczenie kliniczne może oznaczyć, jak często i pod jakiemi warunkami powstaje niedomoga mięśniowa, którą zbyt często przypuszczano, lubo nasze środki, służące do wykazania jéj, bardzo są niedostateczne. Najprzód objawy téj niedomogi są dosyć

niepewne i nie tak łatwe do opisania jak objawy niedomogi akomodacyjnéj. Stosunek pomiędzy przywodzeniem, jakiém rozporządzamy *(disponible Adduction)*, a stopniem ukrytéj rozbieżności, nie nadaje się do pouczenia nas, czy chodzi w takim przypadku o niedomogę mięśniową, czy też nie. Słabsze stopnie ukrytéj rozbieżności wywołują prawie bez wyjątku niedomogę mięśniową. Środki służące do dokładnego oznaczenia stopnia ukrytéj rozbieżności są niewystarczające ale i zbyteczne. Rękoczyn może tylko być wtenczas dozwolonym, gdy przypuszczamy wielką bardzo ukrytą rozbieżność w czasie zupełnego spoczynku oka, a rękoczyn taki zwraca się raczéj przeciwko zupełnemu ukrytemu zezowi, aniżeli przeciwko niewydolności mięśni. Byłoby rzeczą zdrożną, chcieć przez operacyję sprowadzić ostatecznie zbieżność oka całkiem spoczywającego nawet wtenczas, jeżeli władza odwodzenia *(facultative Abduction)* jest jeszcze wystarczającą do powstrzymania równoimiennego dwojenia się. Autor sądzi, że po uwagach, jakie uczynił w przedmiocie niewydolności mięśniowéj i wskazań do rękoczynnego wkroczenia, wiadomości nasze o téj niewydolności pozbawione będą swéj pozornéj ścisłości i dodaje dosyć dowcipnie, że chorzy przez to mimo to nic nie stracą.

Noyes z Nowego Yorku mówi o niedomodze w skutek niewydolności mięśni zewnętrznych. Związek między akomodacyją a zbieżnością starannie był badany przez Dondersa i innych, i to we wszystkich stanach refrakcyi, mało zaś badano stopień wysileń mięśniowych w stosunku do danego stopnia akomodacyi. Ostatnia i najlepsza praca, lubo krótka i niedostateczna, dotycząca téj kwestyi jest Bisingera wykonana pod okiem Nagla. Dr. Bisinger napotkał zresztą na znaczne trudności, robiąc swe badania. Badając niedomogę starał się Noyes poznać istotną władzę mięśniową i to dla punktu bliskiego i dalekiego. Przywodzenie i odwodzenie w tych dwóch kierunkach oznacza za pomocą próby Graefego. Lubo wszystkie przypadki badane należały do rodzaju niedomogi i przeszły w stan chorobowy, to Noyes znalazł jednak, że prawidłowy stosunek pomiędzy akomodacyją a wysileniem mięśni zupełnie się zmienił, i to również w stopniach nadzwyczaj niedostatecznéj akomodacyi ze zbieżnością określoną. W tych wszystkich przypadkach, gdzie używanie ócz było bolesne i w wielu innych atropinizował Noyes silnie, ażeby się dokładnie oddzielnie przekonać o istotnym stanie mięśni wśród warunków chorobowych, w jakie się dostały przez nieprawidłowy stan akomodacyi. Również badał warunki, gdy akomodacyja była w biegu. Sposób autora polega na zbadaniu najprzód łamliwości i siły wzroku, następnie akomodacyi, a na samym końcu dzielności mięśni. Czyni to najprzód po zastosowaniu atropinu, a potém bez atropinu jednorazowe badanie rzadko kiedy wystarcza. Środek rozszerzający źrenicę nietylko wspiera rozpoznanie, ale bardzo często jest także czynnikiem leczniczym. Noyes widział 83 przypadki niedomogi w skutek niedowładu mięśni prostych zewnętrznych. Z tych największa ilość, bo 30, dotyczyła nadmiarowych, 20 miarowych, 18 niezbornych a 15 krótkowzrocznych ócz. Pewna ilość tych przypadków polegała samoistnie na kurczu akomodacyi, ale połączonym ze słabością mięśni zewnętrznych albo w rzeczywistości przez nią wywołanym. We wszystkich przypadkach niedomogi Noyes bada przedewszystkiém uważnie, czy nie ma kurczu akomodacyi, a istnienie tegoż przemawia na korzyść energicznego atropinizowania. Nie można dogmatycznie orzec, jaki jest stopień niedowładu przy odwodzeniu lub jaka jest dysproporcyja pomiędzy przywodzeniem i odwodzeniem. Skoro istnieje ból oczny, niedający się złagodzić szkłami albo atropinem lub obydwoma środkami razem, natenczas wrócić się trzeba do trójgranów przywodzących. Zazwyczaj wypada nosić je ciągle a kąt trójgranów nie potrzebuje być wyższym nad 2°, lubo jeden z chorych Noyesa nosił szkło 7°. Po kilkodniowém ciągłém noszeniu tychże ból ustępuje, kurcz akomodacyi ustaje, a chory poczyna stopniowo prawidłowo używać znowu swych ócz. Nie wolno, rozumie się, zaniedbać zastosowania środków wskazanych innemi miejscowemi warunkami lub ogólnemi chorobami. Noyes rozróżnia zazwyczaj niedomogę mięśniową samoistną od zwrotnéj, czyli wywołanéj czémś innem. Częstokroć obydwie równocześnie występują. Tenotomiję wykonano tylko w 5 przypadkach. W czterech był skutek zupełny, podczas gdy w piątym operowano bezskutecznie. Noyes zwraca na to uwagę, że w niektórych przypadkach niedowład mięśni prostych zewnętrznych jest ukryty i zapewnia, że próba Graefego zwana równowagą, *aequilibrium*, nie jest w stanie służyć do poprawnego oznaczenia punktu bliskiego a zarazem nie jest nieomylną co do punktu oddalenia. W kilku przypadkach próba ta wykaże niedowład mięśni wewnętrznych dla punktu bliskości, podczas gdy dla punktu oddalenia odkryje ona albo równowagę, albo zbieżność czyli niedowład mięśni zewnętrznych. W niedomodze badania nasze mogą wykazać równowagę, a jednak linije wzrokowe i mięśnie, nie potrzebują znajdować się w stanie spoczynku. W przypadkach, o których autor wyżéj wspominał, chodziło o niedowład mięśni zewnętrznych, a we wszystkich trójgrany przywodzące, noszone ciągle, tak przy patrzeniu zbliska jak i zdaleka, przywodzą pożądane polepszenie. W nieoznaczonéj bliżéj liczbie przypadków używał Noyes trójgranów przywodzących przy patrzeniu zbliska, a odwodzących dla odległości.

Hansen-Grut nie może się zgodzić na wszystkie poruszone przez Noyesa punkta, nie przyjmuje określenia niedomogi jako zmieszania widzenia, ponieważ słowo to wyraża pewien brak władzy a nie zmieszanie. Nie można więc nazwać niedomogą dwojenia się, które powstaje z porażenia mięśnia odwodzącego, lubo w przypadku tym z pewnością przychodzi do zmieszania widzenia. Zdaje się, że Noyes podał szczegółowe zasady dla badania niedowładu, podczas kiedy określenie Hansena było tylko uogólnieniem. Przypadki niedowładu, o których Noyes wspominał, nie mogły z pewnością dać początku niedomodze przy czytaniu, ponieważ w przypadkach téj natury przywodzenie jest zawsze wyśmienite. Przypadki te mogą przedstawiać dwojenie się na odległość, a szkła trójgrańcowe z podstawą na zewnątrz usunęły dwojenie się, nie zaś niedomogę. Na twierdzenie Noyesa, że przez operacyję usunął te objawy, odpowiada Hansen Grut swojém doświadczeniem, według którego u osób po przywróceniu zupełnéj równowagi przykre objawy ustąpiły, ażeby po niejakimś czasie znowu powrócić, mimo, że równowaga pozostała niezmieniona.

Noyes objaśnia przypadek, gdzie jest zbieżność na daleką odległość, a rozbieżność w bliskości, a przypadki takie leczy pryzmami.

Meyer nie w ten sposób pragnie dowiedzieć się, jaka jest siła mięśnia, że go męczy. Wyniki różne przy badaniu Noyesa są następstwem ćwiczeń stopniowych trójgranami. To zaś, że i drugi mięsień, t. j. przeciwnik, także przytém wzmacnia się, jest następstwem równoczesnéj pracy i przeciwnika. Meyer nie zgadza się z Hansenem, który twierdzi,

że nie istnieje niedomoga mięśniowa. Sam bowiem przyjmuje niedomogę mięśniową, siatkówkową i nerwową.

Noyes nadmienia, że gimnastyka nie doprowadziła go nigdy do tego wyniku, jaki osiąga trójgranami, których skutek jest stały.

Lyder Borten z Trondhjemu: Czucie wzrokowe mianowicie w stosunku do czucia barw, objaśnione przez ruchy drobinowe (*mouvement moléculaire*): Obecném hasłem nauk przyrodniczych jest jedność sił, to téż wszędzie starać się trzeba o to, aby wszelkie objawy na téj drodze wytłumaczyć, a im więcéj zbliżamy się do źródła wspólnego, tém więcéj poznajemy prawdę. Światło według nowszych pojęć przedstawia nam się jako ruch (drganie), to téż nie byłoby rzeczą niewłaściwą, uważać czucie światła jako biorące swój początek od ciągłych postaci ruchów, tak że ruch światła samego w ten lub ów sposób przechodzi do materyi i przez narządy czuciowe oka dalszą toruje sobie drogę. O ile dla wytłumaczenia sobie niezliczonych skutków na system nerwowy zniewoleni jesteśmy uciekać się do różnych tłumaczeń, o tyle zdaje się, że oddaleni jesteśmy od prawdy, czyli stosując co do wzroku tylko teoryję falowania światła mielibyśmy prawdopodobieństwo, że przynajmniéj pod tym względem zbliżamy się do prawdy i do rozwiązania rzeczy. Nie wykazano jednakże jeszcze różnicy w budowie przyrządów pośredniczących czyli przewodniczących (nerwów), co w tym razie służyć nam musi za dowód jedności sił działających. Po tym krótkim wstępie mówi autor o niektórych sprawach odnoszących się do fizyki światła i przypomina, że światło białe jest w składzie swoim różnorodném i że rozmaite rodzaje światła odróżniają się długością fal i chyżością rozmaitych drgań. Doświadczenia wykazały, że własności światła słonecznego zawarte są we widmie: ciepło znajduje się przedewszystkiém po lewéj stronie widma (czerwony kolor) a mianowicie: w części ciemnéj zewnętrznéj, zresztą znajduje się ono także ku prawéj stronie (fijołkowa barwa) lecz o wiele słabiéj. Skupienie śiatła widmowego jest samoistnie największém w żółtéj barwie; widmo jest świetlne, począwszy od ciemno-czerwonych promieni aż do fijołkowych, a zatém prawie w całéj środkowéj części widma. Chemiczna własność pokazuje się przedewszystkiém po prawéj stronie, a mniejszą jest ku lewéj stronie. Każda z władz wymienionych, t. j. ciepło, światło i chemiczne działanie, znajduje się w każdym składniku światła białego lubo w rozmaitym stopniu. Mówiąc o rozmaitych rodzajach światła ze względu na ich stosunek do pierwiastków siatkówkowych, zwraca autor uwagę na rzecz stwierdzoną doświadczeniem, że ani promienie bardzo czerwone (o dłuższych falach) ani bardzo fijołkowe (o krótszych falach) nie dochodzą do siatkówki, ponieważ są już pochłonięte przy przejściu przez oko, a wyłącznie tylko falowania widma dochodzą do siatkówki. Rzeczą zastanowienia godną, że mimo licznych rodzajów światła dwa są tylko przyrządy wrażliwe (*organes de perception*). Zwróciwszy zaś uwagę naszą na stożki (*cones*), które same jedne są w żółtéj plamie, przekonywamy się, że jeden i ten sam przyrząd najrozmaiciéj przyjmuje wrażenia stosownie do tego, czy jest dotknięty tym lub innym rodzajem światła, z których każdy we właściwy sobie sposób oddziaływa na stożek. Jako przykład autor przyjmuje długość fal i chyżość drgania światła czerwonego i bada skutek przypuszczalny tegoż światła na siatkówkowy stożek. Autor uważa jako rzecz jasną, że drganie eteru nie może dotarlszy wyłącznie objąć, tylko tę cząstkę eteru, która wypełnia stożek z jego włókienkiem nerwowém i końcową komórką, a przyczynę tego upatruje w tém, że koniecznie wrażenie dłużéj trwać musi, ażeby mógł skutek nastąpić. Daléj widzi przyczynę w samém utworzeniu się obrazu, a wreszcie w zaniku nerwu wzrokowego. Co do pierwszéj okoliczności, to wyobrażając sobie, że poruszenie eteru zewnętrznego udziela się eterowi materyi nie zaś téjże saméj, nie moglibyśmy wcale zrozumieć konieczności trwania wrażenia. Inaczéj zaś rzecz się przedstawia, skoro poruszenie eteru uważać będziemy jako przeniesienie do materyi saméj. W drugim przypadku samo utworzenie się obrazu wykazuje, że jeżeli wielkość punktu świetlnego nie jest wystarczającą czyli, jeżeli ilość promieni do pewnego stopnia obniżyła się, punkt ten nie może być już widzianym, ponieważ nie wywołuje obrazu regularnego, a i to tylko pojmujemy łatwo, przypuszczając jak powyżéj, że sama materyja powinna być poruszoną przez eter, nie zaś eter przez eter. Wreszcie i zanik nerwu wzrokowego i zupełne zgaśnięcie wzroku jako jego następstwo, trudno dałyby się wytłumaczyć, gdybyśmy nie przypuścili wprost działania eteru zewnętrznego na materyję. Wiadomo, że ścisłość i sprężystość eteru ulegają zmianom stosownie do stanu materyi (skupienia i ciepłoty), a łatwo zrozumieć, że pewien przewrot materyi nerwowéj mógłby wywołać przewrot w istocie eteru nerwowego i przez to uczynić trudną czynność wzroku.

Po powyższych uwagach dochodził autor do koniecznego wniosku, że tylko przez przeniesienie fal eteru zewnętrznego na materyję samą może powstać wrażenie optyczne. Hipoteza ta ma zresztą swoje uzasadnienie. Wpływ wrażenia światła na otaczającą je materyję, polega na chłonięciu (ciepło). Dla czego nie mielibyśmy przyjąć tego samego chłonienia i tego samego wpływu na materyję istoty nerwowéj? Skoro zaś drobiny materyi wpływają na otaczający je eter, to też możemy tém samém prawem twierdzić, że ostatni ma wpływ na tamte. Przypuśćmy teraz, że stożek siatkówkowy wystawiony jest na światło. Prawdopodobnie falowanie zewnętrznego eteru udzieli się natychmiast cząstkom eteru stożka, a następnie poruszenie ztąd wypływające przejdzie na materyję rozwijając tamże swój wpływ. Ażeby wytłumaczyć sobie skutek czerwonych promieni tak samo jak i innych, trzeba nam przypomnieć sobie własności przywiązane do rozmaitych rodzai promieni, a mianowicie: ciepło, wpływ chemiczny i światło. Uprzytomniając sobie następnie ilościowy rozkład tych własności we widmie przekonamy się, że promienie czerwone nietylko mają skutek światła, lecz działają także przez ciepło, a najmniéj chemicznie. A zatém stożek siatkówkowy stoi więcéj pod wpływem ciepła, a najmniéj pod wpływem działania chemicznego. Ponieważ ciepło przechodząc na materyję rozszerza i przyspiesza poruszenie drobinowe, przeto też światło czerwone wywoła przyspieszone poruszenie w stożkach siatkówkowych, pozostawiając je zupełnie w spokoju pod względem działania chemicznego. Ale teoryja falowania poucza nas, że poruszenie drgające wywołane innem podobném różni się od tegoż tylko obszarem, nie zaś trwaniem migotań. W ten sposób widzimy, jak światło czerwone toruje sobie drogę przez swoje własności do stożka siatkówkowego i przenosi poruszenie na drobiny stożkowe. Ztąd wypływające poruszenie dochodzi według naszego zrozumienia przez włókienka nerwowe aż do końcowéj komórki optycznego środka. To, co się rze-

kło o świetle czerwoném, dotyczy także każdego rodzaju światła, które te same posiada własności, a stosownie do stopnia tychże, wywoła podobny skutek lubo nieco zmieniony. Weźmy np. światło zielone: Z powodu mniejszéj długości fal, a większéj chyżości drgań, ma ono mniejsze działanie cieplne, większe zaś chemiczne. Ta rozmaitość „ilości i jakości“ nie pozostaje bez wpływu na materyję, a według autora wpływ chemiczny jakiegokolwiek światła, działa w ten sposób na drobiny, że ztąd wypływa większa albo łatwiejsza władza migotań; skłania się tu autor do przypuszczenia, że skutek chemiczny stoi w stosunku do warunków sprężystości drobin. Co do skutku ciepła, to autor wnioskuje tak: Skutek ciepła właściwy rozmaitym rodzajom światła wystarcza do rozszerzenia materyi służącéj drobinowemu drganiu, które odpowiada pewnéj objętości, skoro ten skutek ciepła w ogólności w prostym stoi stosunku do objętości, a tém samém do łatwości, z jaką materyja przepuszczać może fale światła o większéj objętości. Poruszenie wywołane w materyi musi więc odpowiadać pewnemu światłu. Wiemy, że siła zmniejsza się po stronie fijołkowéj widma. Jeżeli więc największa część téj siły służy do wywołania skutku chemicznego, skutek ciepła tym będzie słabszym, tak samo jak rozszerzenie materyi. Nie potrzeba tu atoli wielkiego ciepła ani znacznego rozszerzenia, gdyż długość fal zmniejsza się po prawéj stronie widma. Skoro wiemy, że światło fijołkowe ma małą objętość, a wielką chyżość fal, zrozumiemy, że zbywać jéj może na wielkim skutku ciepła, a przeciwnie, wielki mieć musi wpływ chemiczny. Światło żółte nieco zbacza od powyższych stosunków. Z powodu krótszych fal, a większéj chyżości powinno mieć mniéj wpływu ciepła od światła czerwonego, a tymczasem rzecz ma się zupełnie przeciwnie. Oprócz największéj ścisłości światła, ma ono jeszcze największe działanie ciepła. Przyczyną tego jest albo słabe chłonienie promieni przez powietrze, co sprawia, że większa liczba tych promieni do nas dochodzi, albo téż wielka objętość drgań światła żółtego, albo téż wreszcie obydwie okoliczności wspólny wywierają wpływ. Uczyniwszy zadość wymaganiom fizyki przy badaniu wpływu rozmaitego światła na przyrządy wrażliwe, starał się autor wytłumaczyć siłę żywotną falowań eteru w stosunku do materyi. Przez rozkład na działanie chemiczne, ciepło i pracę mechaniczną, siła ta wywołała w drobinach materyi poruszenie równe poruszeniu eteru.

Dziewiąte posiedzenie 16 sierpnia przed południem pod przewodnictwem Schmidt-Rimplera.

Bjerrum mówi: O stanie łamliwości oka u noworodków. Wyniki autorów, którzy się poprzednio zajmowali tą sprawą, nie są wcale zgodne. I tak spotykamy w pierwszym rzędzie liczby Jaegera, Elyego i Horstmana. Większa liczba noworodków badanych przez Jaegera była krótkowzroczną, u Elyego zaś miarową, a u Horstmana w lekkim stopniu nadmiarową. Badając 100 ócz bez atropinizowania Jaeger znalazł następujące liczby: H. 17, E. 5, M. 78. Bjerrum powątpiewa o ścisłości tych liczb, a to z powodu, że autor nie używał atropinu, Ely, który stosował atropin $^1/_2$%, badał 154 ócz i znalazł 69%H, 14%E, 18%M. Horstmann atropinizując także 70% Hp. (nie wyżéj na 1,5D) 20%E, 10%M (nie wyżéj nad 1D). Königstein nie znalazł pomiędzy 300 dziećmi ani jednego przypadku krótkiego wzroku, z tych mało tylko było miarowych, a prawie wszystkie nadmiarowe. Schleich pomiędzy 150 dziećmi atropinizowanemi, które wszystkie były nadmiarowe, znalazł 53% 4D i wyżéj, 36% od 2—4 Diop., a 11% od 1—2 Diop. Ulrich badał dzieci 102, i to od kilku godzin do kilku dni. U wszystkich była nadmiarowość, lubo mniéj silna jak w przypadkach Schleicha. W liście pisanym do Bjerruma wyraża Löwegren powątpiewanie swoje co do wrodzonéj krótkowzroczności i twierdzi, że nigdy jéj nie spotkał u noworodków. Z powodu powyższych różnic zdań, podjął Bjerrum szereg poszukiwań systematycznych co do łamliwości u noworodków i doszedł do wyników podobnych do tych, jakie mieli Königstein i Schleich. Bjerrum badał 63 dzieci, którym dwie godziny przed badaniem w obrazie prostym wpuścił $^1/_4$% rozczyn atropinu; 16 z tych dzieci miało wiek od 2—24 godzin, 16 dzieci od 1—2 dni, 31 od 2—5 dni. W żadnym przypadku nie znalazł B. krótkiego wzroku. U 27miu dzieci były oczy miarowe, u 36ciu nadmiarowe od 1,5 aż do 9 diop. Miarowość, któréj Schleich wcale nie przyjmuje, zachodziła w 43% przypadków. Przechodząc następnie do opisu dna oka u noworodków, przedstawia Bjerrum tarczę tak samo jak Jaeger i Königstein, biało-niebieskawą, biało-szarawą, coby wskazywało na niedowidzenie lub ślepotę. U młodych dzieci badanych przez Bjerruma obwód dna oka był jasnoszary, a nie czerwony, naczynia zaś bardzo ciemne, u dwojga dzieci jednodniowych autor znalazł w obwodzie siatkówki, jakotéż w otoczeniu tarczy, wybroczyny krwawe z białemi punktami w środku.

Hansen czyta następnie pracę Loevenhooka, w któréj autor wyklucza myopiję u noworodków.

Wicherkiewicz baczną zwracał uwagę, gdzie tylko do tego miał sposobność, na łamliwość ócz noworodków, i stanowczo w kilku przypadkach, które badał po należytém atropinizowaniu, mógł się przekonać o krótkowzrocznéj budowie. U jednego nawet dziecka krótkowzroczność ta wynosiła kilka dioptryj. Podziela więc najzupełniéj zapatrywania tych autorów, którzy z doświadczeń swoich wrodzoną krótkowzroczność przyjmują. Liczebnego stosunku, przytaczając z pamięci, podać nie może, pewnym jest atoli, że krótkowzroczność w daleko mniejszym występuje stosunku u noworodków, aniżeli miarowość lub nadmiarowość.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Buczacz. Krztusiec wygasł w gminach położonych koło Uścia Zielonego, natomiast utrzymuje się jeszcze pod Buczaczem i koło Potoka Złotego w 4ch gminach. Charakter krztuśca dość łagodny, odsetka śmiertelności 8·3%. W Buczaczu samym stan zdrowia pomyślny. Z epizoocyj pojawiły się tylko parchy końskie w Cwitowéj i Leszczańcach. *Dr. J. Obtułowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 30 listopada do 6 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26,0. Z odry umarło 2 (0 z. t.) z płonicy 4 (2 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 4 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach odry (1 z. t.); 5 płonicy (2 z. t.); 2 błonicy (0 z. t.); 1 krztuśca (0 z. t.); 1 duru osutkowego (0 z. t.); 1 czerwonki (0 z. t.). W tygodniu od 23—29 listopada umarło z ospy w Londynie 30, leczyło się w szpitalach 942, świeżo zapadło 252. W Bukareszcie i Murcyi umarło z ospy po 1, w Rzymie i Kalkucie po 3, w Wiedniu, Pradze, Warszawie, Wenecyi i Madrycie po 4, w Paryżu i Lizbonie po 5, w Petersburgu 6, w Tryjeście 44. Odra panuje w Kopenhadze, płonica w Amsterdamie i Pradze. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Petersburgu po 1, w Madrycie 3. Z cholery umarło w Paryżu od 23—29 listopada 74, w Kalkucie od 13—18 października 12, w Bombayu od 23—28 października 20, w Madrasie od 19—24 października 8.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 23—29 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców:

w Krakowie 20,8; w Warszawie 31,1; w Poznaniu 20,3; w Wiedniu 24,5; w Budapeszcie 22,6; w Pradze 32,7; w Tryjeście 58,6; w Berlinie 26,3; w Hamburgu 30,2; we Wrocławiu 26,7; w Gdańsku 26,7; w Mnichowie 25,8; w Dreźnie 18,5; w Lipsku 20,2; w Genewie 20,6; w Brukseli 24,3; w Amsterdamie 28,2; w Hadze 21,4; w Paryżu 28,7; w Londynie 22,3; w Kopenhadze 29,8; w Stokholmie 23,2; w Chrystyjanii 24,3; w Petersburgu 22,4; w Odesie 32,6; w Rzymie 22,5; w Wenecyi 31,1; w Bukareszcie 28,1; w Madrycie 25,7; w Lizbonie 25,0; w Aleksandryi 35,6; w Nowym Yorku 25,1; w Filadelfii 19,2; w Bombayu 26,3; w Madrasie 35,2. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 grudnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego wybrani zostali na rok 1885: prezesem prof. Dr. Rosner, wiceprezesem Dr. Wiszniewski, sekretarzem dorocznym Dr. Dobruchowski, redaktorem Przeglądu Lekarskiego redaktor dotychczasowy, członkami komisyi redakcyjnéj proff. Korczyński, Obaliński, Oettinger i Dr. Kwaśnicki, biblijotekarzem Dr. Murdzieński, delegatem Tow. w Radzie sanitarnéj miejskiéj prym. Dr. Paszkowski, delegatami Tow. do Rady zawiadowczéj Tow. lekarzy galicyjskich Drowie Krówczyński i Dr. Rieger we Lwowie, oraz przyjęto do wiadomości wybór ze strony tegoż Towarzystwa rektora Rydla i doc. Grabowskiego, jako członków komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lek. Wreszcie Dr. Kohn miał odczyt zapowiedziany.

* W sobotę d. 20 b. m. Tow. lek. warszawskie na uroczystém posiedzeniu obchodzić będzie 25-letni jubileusz pracy na polu nauczycielskiém prof. Hoyera. Tow. lekarskie krakowskie, które jubilata zaliczyło w poczet swych członków honorowych, jak niemniéj Wydział lek. U. J. i Akademija Umiejętności nie omieszkają przesłać swych życzeń. — Prof. Henryk Hoyer urodzony w r. 1834 w Inowrocławiu uczęszczał na medycynę we Wrocławiu i Berlinie i w r. 1857 otrzymał stopień doktora medycyny. W r. 1859 powołany został do Warszawy i odtąd nieprzerwanie wykłada zrazu fizyjologiję, a następnie histologiję, embryjologiję i anat. porównawczą. Znane są liczne jego prace w językach: polskim, niemieckim i rosyjskim, przeważnie treści histologicznéj.

* Na ostatniém posiedzeniu ogólném Towarzystwa Dobroczynności, odbytém w obecności Protektora JE. X. Biskupa, wybrany został Prezesem Towarzystwa kolega nasz Dr. Wł. Ściborowski.

* **Wiedeń.** D. 6 b. m. otwarty został nowy szpital braci Miłosierdzia, mieszczący 300 łóżek. Szpital ten znajduje się w dzielnicy Leopoldstadt, Mohrengasse.

Rada sanitarna dolno-austryjacka na ostatniém swém posiedzeniu załatwiła sprawę obsadzenia oddziału szpitala powszechnego po Kolisce, przedstawiając terno, w którém na pierwszém miejscu umieszczony jest znany praktyk wiedeński, a na 2ém i 3ém dwaj inni lekarze wiedeńscy.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Lumniczer w Budapeszcie otrzymał tytuł i rangę radzcy ministeryjalnego. — Fizykiem miejskim w Pradze czeskiéj mianowany został dotychczasowy lekarz okręgowy miejski Dr. Henryk Záhor.

* **Nekrologija.** W Berlinie umarł tajny radzca lek. Dr. Lessing, obywatel honorowy miasta Salcburga (zaszczytu tego dostąpił z powodu napisania uczonéj rozprawy o Paracelsie); w Hamburgu Dr. Cohen, słynny praktyk tameczny.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 48: Krokiewicza: O niektórych nowszych lekach polecanych przeciw chorobom wewnętrznym (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 48: Mendelssohna: O odczynie elektrycznym nerwów czuciowych skóry przy wiądzie rdzennym; Jakowskiego: Przypadek kurczu u dojących; Rothego: Podstawy psychijatryi tegoczesnéj (c. d.).

W *Medycynie* Nr. 49: Meyersona: Polip krtaniowy operowany po uprzedniém znieczuleniu kokainą, — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 49: Mendelssohna: O bezpośredniéj pobudliwości pęczków przednich rdzenia kręgowego; Rothego: Podstawy psychijatryi tegoczesnéj (dok.).

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 50: Rejchmana: Badanie nad trawieniem mleka w żołądku ludzkim; Sokołowskiego: Przypadek zwężenia krtani; Andersa: Kw. salicylowy, jako poronny środek leczenia wrzodów miękkich. — W *Medycynie* Nr. 50: Tymowskiego: Kilka słów o cierpieniach żołądka w przebiegu późnego przymiotu. — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* zeszycie III: Bujwida: Mikroskopija i mikrochemija plwociny w chorobach dróg oddechowych; Wolfringa: O stosunkach fizyjologicznych naczyń krwionośnych powiek do naczyń mięśnia podnoszącego powiekę górną.

Redakcyja otrzymała:

Dr. T. HERING: Grzybica gardzieli włoskowcowa. (Odbitka z „Gazety Lek.") Warszawa 1884, in 8vo str. 12 z tabl. litogr.

Tenże: Kwas chromowy jako środek leczniczy w chorobach nosa, gardzieli i krtani. (Odbitka z „Gazety Lek."). Warszawa 1884, in 8vo str. 27.

Fr. RUBINSTEIN: Rozszerzanie cewki moczowéj u kobiet. (Odbitka z „Medycyny") in 8vo str. 13.

Tenże: Zboczenie porodowe wywołane przez nadmierny wymiar barkowy płodu. (Odbitka z „Gaz. Lek.") in 8vo str. 9.

Tenże: Wahrung der Priorität der Messungsmethode des Symphysen—Conjugata vera—Winkels. (Odbitka z „Centralbl. f. Gynäk.") in 8vo str. 2.

Tenże: Kilka uwag o przyczynie położeń płodu. (Odbitka z „Przeglądu Lek." 1884) in 8vo str. 20.

Tenże: Jeszcze kilka słów o przyczynach położeń płodu. (Odbitka z Przegl. Lek. 1884) in 8vo str. 6.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 1693.

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryjusza i lekarza domowego przy izraelickim szpitalu i domu kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszém Konkurs.

Z tą posadą połączona jest płaca roczna 300 złr., którą się ewentualnie powiększy do sumy 500 złr. w. a., wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło.

Posadę rzeczoną nadaje się na przeciąg trzech lat, a petenci mają się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia Doktora wszech nauk lekarskich, względnie Doktora medycyny i chirurgii i powinni być stanu wolnego. Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżéj statut szpitalny.

Podania winny być wniesione do kancelaryi naszéj najdaléj do końca Grudnia 1884.

Przełożeństwo Zboru izrael.

Lwów dnia 14 Listopada 1884.

Z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowém wydane zostały następujące dzieła, których skład główny w księgarni E. Wende i Sp. (Warszawa Krakowskie przedmieście Nr. 9).

T. H. Huxley, Wykład biologii praktycznéj. Przekład A. Wrześniowskiego 1883. Cena rs. 1.

Sprawozdania z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matematycznych i przyrodniczych. Rok I. Cena rs. 1.

Wiadomości początkowe z botaniki napisał Dr. K. Filipowicz. Cena 1 rs.

Dr. F. V. Birch-Hirschfeld, Wykład anatomii patologicznéj. Część ogólna. Przełożył Dr. W. Mayzel. Cena rs. 2.

Na rzecz Kasy sprzedaje się:

Boberski W. Powstawanie gór i lądów. Cena 25 kop.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.